



Pour que chaque enfant puisse bâtir son projet de vie



Merci de remplir et transmettre ce questionnaire à l'association.
Un reçu fiscal vous sera adressé en mars de l'année suivant votre don.
Ce reçu vous permettra de déduire de vos impôts 66% des sommes versées.

Adhérer à l'association : cotisation annuelle

NOM : PRENOM.....

ADRESSE :

..... TEL

Mail :Recevoir des mails : OUI / NON

35 € pour le 1er membre de la famille (entourez le montant) / **déduction fiscale de 66 % de la somme**
17 € pour les autres membres de la famille (entourez le montant) / **déduction fiscale de 66 % de la somme**

Vous souhaitez faire un don pour soutenir un projet en Haïti

Grâce à ce don, l'association mène des actions dans les maisons d'enfants, écoles, cantines...

Montant du versement (déduction fiscale de 66 % de la somme) :

Ponctuel de.....€ OU Mensuel de.....€

Trimestriel de.....€ OU Semestriel de.....€ OU Annuel de..... €

Mode de règlement :

Prélèvement SEPA (voir au verso). Le prélèvement devra commencer le 5 du mois de :.....

OU Virement OU Chèque libellé à l'ordre de "Agir pour l'Enfant"

Vous souhaitez parrainer un enfant en Haïti (30€/mois conseillés)

Grâce à votre parrainage, l'enfant sera scolarisé et nourri correctement.

Montant du versement mensuel :€ (déduction fiscale de 66 % de la somme)

Mode de règlement : (entourez la réponse) Virement OU Chèque OU Prélèvement SEPA (voir au verso)

Un reçu fiscal vous sera adressé pour vous permettre de déduire de vos impôts 66 % des sommes versées



Pour que chaque enfant puisse bâtir son projet de vie



Merci de remplir et transmettre ce questionnaire à l'association.
Un reçu fiscal vous sera adressé en mars de l'année suivant votre don.
Ce reçu vous permettra de déduire de vos impôts 66% des sommes versées.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence du mandat :

.....

Créancier

AGIR POUR L'ENFANT

.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGIR POUR L'ENFANT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et..... (nom de votre banque) à débiter votre compte conformément aux instructions de AGIR POUR L'ENFANT. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

MERCI DE NOUS FOURNIR EGALEMENT VOTRE RIB - IBAN SVP

Vos Nom et Prénom :

Votre adresse :

Code postal..... VILLE : Pays :

Les coordonnées de votre compte:

N° identification international du compte bancaire (IBAN) :

.....

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank identifier Code)

.....

Nom du créancier : AGIR POUR L'ENFANT / **Adresse :** 2 rue du Clos Neuf - 37300 JOUE-LES-TOURS

Identifiant du créancier : **Pays du créancier :** FR

Type de paiement (choisissez) : Paiement récurrent **OU** Paiement ponctuel

Destination des prélèvements (choisissez) : Parrainage **OU** Don

Montant des prélèvements : (choisissez)..... euros

Périodicité des prélèvements : (choisissez) Mensuelle OU Trimestrielle OU Semestrielle OU Annuelle

Signé à (lieu et date) :

SIGNATURES :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Le prélèvement devra commencer le 5 du mois de

Un reçu fiscal vous sera adressé pour vous permettre de déduire de vos impôts 66 % des sommes versées

AGIR POUR L'ENFANT - Association loi 1901 - Maison des Associations

2 rue du Clos Neuf - 37300 Joué-Lès-Tours

02 47 53 86 02 - contact@agirpourlenfant.fr - www.agirpourlenfant.fr